

Назначить встречу с директором Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России академиком РАН Александром Караськовым не так-то просто: практически ежедневно он в операционной. За два последних месяца директор выполнил 40 операций. С этой темы и начался разговор корреспондента «МГ» с руководителем крупнейшего за Уралом научно-клинического центра.



– Разве это норма для руководителя – стоять у операционного стола вместо того, чтобы, сидя в кабинете, раздавать поручения?

– Для меня это – норма. Институт-то хирургический, и здесь настоящий «вожак» всегда должен показывать пример в работе. Чтобы в коллективе появлялись «звёзды», руководитель обязан сам демонстрировать высший пилотаж. Если ты этого не делаешь, то все процессы в институте будут идти в целом планомерно, но не на том уровне, который позволит учреждению быть центром, где создаются приоритетные технологии мирового уровня.

К примеру, только что Новосибирский НИИПК получил грантовую поддержку Южно-Калифорнийского университета (University of Southern California, USC) на проведение научно-клинических исследований в области гибридных технологий и аритмологических технологий в кардиохирургии. Два из пяти разыгрываемых на весь научный мир грантов выиграл наш институт.

– Это к вопросу об уровне российской науки, который несправедливо пытаются принизить. Другая новость: НИИ-ИПК удостоен премии Правительства РФ за технологическое инновационное лечение фибрилляции предсердий. В чём новизна технологии?

– В том, что она содержит новые знания о природе тахикардии аритмии. Нашими учёными были открыты ганглиевые сплетения, которые вызывают дополнительные импульсы, приводящие к нарушению ритма вплоть до фибрилляции предсердий и внезапной смерти. Также мы создали технологии опознавания ганглиевых сплетений и лечения фибрилляций, ассоциированных с ними. Причём лечения на совершенно другом уровне: не с помощью дефибриллятора, когда человек уже фактически в состоянии клинической смерти, а методом превентивной абляции ганглиевых сплетений, что даёт хороший клинический результат. Пожалуй, это единственная отечественная медицинская разработка за последние 10 лет, которая получила мировое признание и взята на вооружение национальными медицинскими центрами США и Европы.

– В сентябре ваш институт проводит международный симпозиум по методам клеточных технологий. Речь идёт об их использовании в отношении сердечно-сосудистой патологии?

– Разумеется. Начиная эту работу несколько лет назад, мы брали мезенхимальные клетки для получения эндотелиоцитов, которые могли бы выполнять задачу ревазуляризации миокарда у пациентов, перенёвших многократные инфаркты. Мы понимали тогда и понимаем сейчас, что в России закрыть потребность в трансплантации сердца пока невозможно. К примеру, наша клиника получает 5-6 донорских сердец в год, а потребность – сотни пересадок. Для проведения исследований по клеточной ревазуляризации

начнём хотя бы с одного. У нас есть учёные, есть технологи, есть диагносты, есть клиницисты, которые могут просто взять и создать такой центр в считанные дни.

– Не хватает только закона?

– Не только закона, не хватает и реше-

скоро вы умеете зарабатывать деньги теми же грантами?

– Мы не только грантами зарабатываем. В 2007 г. в клинике было выполнено 6 тыс. операций, в 2008-м – 9 тыс., в 2010-м – 12 тыс., а в последние 3 года выполняем от 14 до 15 тыс. вмешательств. Число выписанных из клиники пациентов в нынешнем году не снизится, более того, я думаю, увеличится: в прошлом году было 16 183, в этом должны пролечить 17 500 человек, по нашим расчётам. За

новые клиники в объёме системы обязательного медстрахования бесперспективна, на тарифе ОМС мы не сможем развивать новейшие технологии и вынуждены будем отсеивать пациентов: тяжёлых и сложных не берём, а берём простеньких, незатратных. Один пример: сложнейшая реконструктивная операция Норвуда (при синдроме гипоплазии левого сердца, когда у ребёнка недоразвит левый желудочек, левое предсердие, и аорты практически нет. – Е.Б.)

Наши интервью

Когда мы начнём «ДОГОНЯТЬ» мир?

Откровенный разговор о российской науке и кардиохирургии

был создан научный кластер, в который вошли лаборатории нескольких новосибирских институтов тогда ещё РАМН и РАН. Целевой группой стали кардиологические больницы с запредельно низкой фракцией выброса, когда человек уже не встаёт с кровати, живёт на системах поддержки и нуждается в трансплантации сердца. Имея клеточную субстанцию, мы смогли с помощью микротехники войти в миокард, в зону гибернации и создать там клеточный тоннель, то есть обеспечить возможность для разрастания сосудов в «мёртвой зоне».

– Результаты оправдали ожидания?

– У 75% пациентов мы добились очень хороших эффектов на период от 2-3 до 5 лет. Кому-то продлили жизнь, кого-то стабилизировали, что позволило больному дожидаться пересадки сердца. В то же время полученные результаты поставили перед учёными массу новых вопросов и проблем.

К примеру, оказалось, что данная технология работает только у 75% больных, причём в возрастной группе до 55 лет. У людей старшего возраста процент положительных результатов не превышает 30.

– Объяснение этому феномену – процессы старения?

– Да, поэтому требуется работать уже с другими клетками, а именно плюрипотентными, которые имеют гораздо больший потенциал. На предстоящем симпозиуме мы готовы показывать полученные нами данные, японцы покажут свои, американцы – свои. В целом же, используя возможности данного форума, мы хотим заострить и перед правительством, и перед Президентом РФ вопрос о создании в стране первого центра клеточных технологий. К стыду нашему, ни одного такого центра в России нет. В США их более 200, в Германии – 87. Они работают в рамках трансляционной медицины, по сути дела создавая индивидуальный пакет лечения для каждого пациента.

Чтобы наша страна могла догнать мир по масштабам и результатам биотехнологических исследований, для начала необходимо, чтобы Госдума РФ наконец-то разродилась законом о клеточных технологиях. По-хорошему, России сегодня нужно как минимум 5-6 центров клеточных технологий, но давайте

сначала со стороны руководства страны. Президент ещё в 2008 г. сказал, что нужно создавать центры клеточных технологий, но тема так и не получила развития.

Вообще реформа российской науки, вокруг которой было столько шума, давно должна была произойти, потому что деньги в этой сфере тратятся безрасчётно. Из 100 млн долл., выделенных в России на науку, 98% направлены на исследования в области термоядерной физики, космической физики, технологических процессов, и только 2% – на область биомедицинских, клеточных технологий.

– Кстати, новый закон о науке и трансформация академий как-то затронули ваш институт? Что-то изменилось в его работе?

– Вне всяких сомнений, изменения неизбежны. В рамках данного закона мы в конце 2013 г. провели в институте достаточно жёсткий внутренний аудит и последующие «реформы». Оценка проводилась по объективным критериям, ничего личного: лаборатории и центры отчитались о своей публикационной активности, индексу Хирша, грантовой активности, диссертационным работам и т.д.

Те из подразделений, которые, согласно требованиям закона, не соответствовали своему статусу, расформированы или трансформированы. Например, центр приобретённой патологии и центр детской хирургии объединены в центр новых технологий, а центр эндоваскулярной хирургии и аритмологический центр реорганизованы в центр интервенционной кардиологии.

– Новая организационная структура института оптимальна и эффективна?

– Безусловно. Уже за первый год работы именно такая структура позволила нам реализовать много новых проектов и быть экономически стабильными. В целом же с конца 2012 г. и до настоящего времени институт только на грантах Российского фонда фундаментальных исследований и Минпромторга России получил порядка 300 млн руб.

– Правильно ли я понимаю, что происходящие объективно трудные бюджетные процессы, которые коснулись всех медицинских учреждений, включая федеральные, для НИИПК не страшны, коль

каждым пациентом «идут» деньги из бюджета или системы ОМС.

Плюс – гранты, которые институт тоже неспроста получил: часть доходов клиники мы всегда выделяли на развитие науки. То есть фактически мы много лет подряд инвестировали часть заработанных средств в научные исследования, в собственные клинические разработки, и теперь уже можем на этом зарабатывать деньги.

– Взаимоотношения института с системой ОМС вас устраивают?

– Тариф ОМС, естественно, значительно меньше, чем тариф Минздрава. Но мы нашли внутренние ресурсы и пока все заданные объёмы выполняем. На текущий год территориальный фонд ОМС оплачивает нам 3,5 тыс. операций.

Работа в системе ОМС занимает в наших объёмах меньше 30%, остальное – госзадание от Минздрава на 12 тыс. операций, в том числе сверхнаисложнейших. Хотелось бы, чтобы и в следующем году было не хуже. Если же финансирование института сократят и по ОМС, и по федеральному бюджету, и у нас будет не 15-17 тыс. пациентов, а 10-12 тыс., мне придётся просить часть сотрудников подыскать себе работу где-то в других местах. То есть возникнет реальная угроза потерять команду, которая подбиралась годами.

– Тревожная перспектива...

– Но я пока ещё боец. В феврале этого года на площадке Президента было большое совещание с участием министра здравоохранения Вероники Игоревны Скворцовой. Там прозвучали данные: граждане России ежегодно вывозят за рубеж на лечение сердечно-сосудистой патологии 12,5 млрд евро – по сути два бюджета здравоохранения нашей страны. Я попытался объяснить, что надо дать возможность россиянам лечиться здесь, а для этого необходимо адекватно финансировать отечественные кардиоцентры. Вы сегодня вложили в наше учреждение рубль, а мы в течение года вам 3 рубля вернём. И это только в плане сухой экономики, не говоря о социальной значимости и имиджевой составляющей для государства.

На том форуме я высказал мнение, что попытка втолкнуть высокотехнологичные федераль-

ные клиники в объёме системы обязательного медстрахования бесперспективна, на тарифе ОМС мы не сможем развивать новейшие технологии и вынуждены будем отсеивать пациентов: тяжёлых и сложных не берём, а берём простеньких, незатратных. Один пример: сложнейшая реконструктивная операция Норвуда (при синдроме гипоплазии левого сердца, когда у ребёнка недоразвит левый желудочек, левое предсердие, и аорты практически нет. – Е.Б.)

в Германии стоит 130 тыс. евро, в США – почти 400 тыс. долл., причём государство оплачивает лечение. А я должен буду сделать то же самое с тем же результатом за 203 тыс. руб.

Итогом разговора стали заверения, что будет создан отдельный договор Федерального фонда ОМС и федеральных клиник, согласно которому тариф на лечение «сложных» пациентов с 2015 г. вырастет и станет не меньше той высокотехнологичной квоты, которая заложена Минздравом России.

Кроме того, на текущий год нам дали из федерального бюджета дополнительно 1500 квот, из них 175 дорогостоящих квот по взрослому и 135 по детской хирургии. То есть подвижки есть. Мы получили возможность делать суперуникальные операции у себя дома, не отправляя больных за рубеж.

– Вы согласны с поговоркой «Под лежачий камень вода не течёт»?

– Согласен. Поэтому и приходится «брать ноги в руки» и идти доказывать, убеждать.

– 15-17 тыс. операций для такого кардиоцентра – предел возможностей?

– Реальная потребность в нашей помощи сегодня, исходя из масштабов сердечно-сосудистой заболеваемости, – 30 тыс. операций в год, но, чтобы закрыть эту потребность, нам нужна дополнительная госпитальная база. Оперировать такое число больных мы можем, есть и кадры, и техническая оснащённость – не хватает коучного фонда.

– И пока вы даже не пытаетесь с кем-то говорить про новый корпус?

– Почему? Я во всю мощь работаю над этим, летаю в Минздрав, пытаюсь искать оптимальные варианты финансирования. Есть желающие построить дополнительный корпус для клиники им. Е.Н.Мешалкина в рамках государственно-частного партнёрства. Осталось получить согласие государства.

Вообще, я верю в то, что российская наука и медицина будут развиваться, иначе не может быть: мы приложили к этому слишком много усилий.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.